様式第4号(第5条関係)

こ ど も 医 療 費 助 成 申 請 書

申請者記入欄　※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。

年　月　日

那珂川町長　様

受給資格者
(申請者)

住所　那珂川町

氏名　㊞
電話

公費番号									加入保険	被保険者氏名							
受給者番号										保険証記号番号							
受診者	氏名									保険者	番号						
	生年月日	年　月　日									名称						
振込先	銀行　支店　預金種別　普通・当座 (フリガナ) 口座名義　口座番号																
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無																有・無	

(注)　高額療養費に該当したときは、当該支給決定通知書又はその写しを添付して下さい。

医療機関記入欄　※太線の枠内のみ記入し、押印して下さい。

保険診療証明書

保険種類	国保・社保・その他	自己負担割合　1・2・3　割	特定疾病療養受療証の有無　有・無

診療年月		保険診療合計点数													他法負担点数	備考
年	月	入院日数	入院点数						外来点数							
計																

年　月　日

医療機関等　所在地
名　称
氏　名　㊞

助成内容	保険診療合計金額	一部負担額	控除額の内訳					医療費助成額
			他法負担額	高額療養費	附加給付額	自己負担控除額	控除額計	
	円	円	円	円	円	円	円	円
	計							